

## 内視鏡 医療者用パスについて（はじめにお読み下さい）

このパスは、胃がん、大腸がん、大腸腺腫に関する内視鏡治療に携わる方に向けて、患者さんの手術を行った病院と、その後のフォローアップを行う医療機関の連携をよりスムーズにするため、広島県地域保健対策協議会 胃がん・大腸がん医療連携推進特別委員会 内視鏡地域連携パス検討ワーキンググループにおいて作成したものです。

同 WG では、胃がん内視鏡治療、大腸がん内視鏡治療を受ける患者さんに向けた「わたしの手帳 my note」も作成しております。

パスは、胃がん、大腸がん、大腸腺腫それぞれの症例について、手術後フォローアップのスケジュール、経過観察、診療情報提供書に分かれております。医療機関同士の連携にご活用いただければ幸いです。

なお、本パスのデータは広島がんネットにて公開しておりますので、必要に応じてダウンロード・印刷を行ってください。

### ■ 胃がん

<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/igan.html>

### ■ 大腸がん・大腸腺腫

<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/daicyo.html>

広島県地域保健対策協議会  
胃がん・大腸がん医療連携推進特別委員会  
内視鏡地域連携パス検討ワーキンググループ

#### ○広島県地域保健対策協議会

〒733-8540 広島市西区観音本町 1-1-1 広島県医師会事務局  
TEL (082) 232-7211

#### ○広島県健康福祉局がん対策課

〒730-8511 広島市中区基町 10-52  
TEL (082) 513-3063

## 大腸内視鏡治療後のサーベイランスについて

「大腸癌治療ガイドライン2010」によると、大腸内視鏡治療後のサーベイランスは『再発を早期に発見し治療することで予後を改善することを目的とする』と記載されている。現在、欧米でおこなわれた RCT のメタアナリシスから、大腸癌治療切除後のサーベイランスが、再発巣の切除率向上と予後の改善に寄与することが明らかとなっている [1]。

大腸内視鏡治療後のサーベイランスの目的としては、①同時多発病変の見逃し、②切除病変部の遺残の有無、③異時多発病変の早期発見、が挙げられる [2, 3]。①に対しては治療後 1 年以内の大腸内視鏡検査が必須である。なお、見逃し病変の大部分は初回検査後 1 回目に発見され、2 回目以降は重要な病変はほとんど発見されないことが報告されている [4]。②に関しては、病理学的に完全一括摘除された場合には局所遺残のリスクはほとんどないが、分割切除の際には局所遺残再発のリスクもあるため、3～6 ヶ月後の内視鏡検査が推奨される。③に関しては、本邦では見逃し病変予防のため初回検査 1 年後に全大腸内視鏡検査を行い、その後は 2～4 年間隔で全大腸内視鏡検査を行えば十分であるとの報告が多いが [5, 6, 7]、明確なエビデンスはない。なお、米国では大規模前向き研究にてクリーンコロン（大腸にポリープがない状態）化後のサーベイランス間隔は 3 年でよいと結論されている [8, 9]。現在、本邦では国立がん研究センターを中心とした多施設前向き RCT による Japan polyp study が進行中であり、クリーンコロン後の適切なサーベイランス期間に関する検証結果が待たれる。

以上より、現時点では内視鏡治療後の適切なサーベイランス間隔のエビデンスは不十分であり、異時性多発病変の早期発見、患者の検査へのコンプライアンスの点で毎年大腸内視鏡検査を施行することが推奨される。

### 文 献

1. Figueredo A, Rumble RB, Maroun J, Earle CC, Cummings B, McLeod R, *et al.* Follow-up of patients with curatively resected colorectal cancer: a practice guideline. *BMC Cancer* 2003;3:26.
2. 五十嵐正広, 佐田美和, 小林清典, 他 大腸浸潤癌の見落とし予防を含めた効果的な内視鏡検査計画. *消化器内視鏡* :459-65.
3. 多田正大, 樋渡信夫. 大腸癌検診—その考え方と実際. *医学書院* 1998:153-60.
4. 船山広幸, 樋渡信夫, 森本富造, 他. 費用効果分析からみた集検発見大腸腺腫患者の経過観察. *消化器集団検診* 1993;31:25-30.

5. 藤井隆広, 佐野 寧, 尾田 恭, 他. 大腸内視鏡における適切な検査間隔—平均的～高危険患者—. 消化器内視鏡 ;14:439-45.
6. 五十嵐正広 勝又伴栄, 内藤吉隆, 他. 大腸腫瘍 (腺腫, m 癌) の内視鏡的切除後のサーベイランスおよび局所再発病変の診断と治療. 胃と腸 1999;34:645-52.
7. 岡 志郎, 田中信治, 金子 巖, 他. Clean colon の概念から考えた内視鏡治療後のサーベイランス d. サーベイランスはいつまで継続すべきか. 臨床消化器内科 2004;19:3-4.
8. Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, Stewart ET, *et al.* The National Polyp Study. Design, methods, and characteristics of patients with newly diagnosed polyps. The National Polyp Study Workgroup. Cancer 1992;70:1236-45.
9. Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Ho MN, Gottlieb L, Sternberg SS, *et al.* Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps. The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med 1993;328:901-6

## 大腸癌 (EMR/ESD 後) Stage 0.I 症例のフォローアップ

|                     |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |  |  |                       |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|--|-----------------------|
| 施設                  |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |  |  |                       |
| 術後経過                | 3~6<br>M              | 1Y                    | 2Y                    | 3Y                    | 4Y                    | 5Y                    | 6Y                    | 7Y                    | 8Y                    | 9Y                    | 10Y                   |  |  |                       |
| 全身状態                | <input type="radio"/> |  |  | <input type="radio"/> |
| 血液検査<br>(末血、生化学、TM) | <input type="radio"/> |  |  | <input type="radio"/> |
| 大腸内視鏡検査             | <input type="radio"/> |  |  | <input type="radio"/> |
| 治療医への報告             |                       |                       | <input type="radio"/> |  |  | <input type="radio"/> |
| その他*                |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |  |  | <input type="radio"/> |

\* その他：CT、体外式超音波検査などは病理組織所見により必要時に施行  
5年以降は基本検診、職場検診や人間ドックを有効利用する  
TM：腫瘍マーカー (CEA、CA19-9) は必要に応じて実施

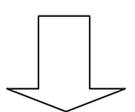
『大腸がん0.I期ESD・EMR術後経過観察』

|                      |   |
|----------------------|---|
| 連絡先<br>連携医療機関<br>連絡先 | ( ) 病院 TEL ( - - ) 担当医 ( )                  |
|                      | 診療情報提供 および 当該パズ表のFAX送信先: ( ) 病院 TEL ( - - ) |

|            |          |          |
|------------|----------|----------|
| 患者氏名<br>ID | 生年<br>月日 | 特記<br>事項 |
|------------|----------|----------|

|               |                            |                            |    |    |    |        |       |                     |
|---------------|----------------------------|----------------------------|----|----|----|--------|-------|---------------------|
| EMR (ESD) 施行日 | 平成 年 月 日                   | 腫瘍径:<br>組織型:<br>ly v HM VM | mm | 部位 | 部位 | パズ関連情報 | 目 標   | 診療計画に沿って、定期的な検査が行える |
|               | 腫瘍径:<br>組織型:<br>ly v HM VM |                            |    |    |    |        | パズ開始日 | 平成 年 月 日            |
| 病理組織所見        |                            |                            |    |    |    |        | パリアンス | 内視鏡検査にて再発の疑いがある     |
| 部位            |                            |                            |    |    |    |        | コメント  |                     |

|           |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |
|-----------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| *連携先医療機関: |  | 6ヶ月後                     | 1年後                      | 2年後                      | 3年後                      | 4年後                      | 5年後                      | 6年後                      | 7年後                      | 8年後                      | 9年後                      | 10年後                     | 以後 1回/年 |
| 全身状態      |  | <input type="checkbox"/> |         |
| 臨床症状      | 腹痛の有無  | <input type="checkbox"/> |         |
|           | 消化器症状  | <input type="checkbox"/> |         |
|           | 一般血液検査   | <input type="checkbox"/> |         |
| 血液検査      | 腫瘍マーカー (CEA/CA199)   | <input type="checkbox"/> |         |
|           | 大腸内視鏡検査  | <input type="checkbox"/> |         |
| 画像検査      | 腹部エコー  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |
|           | 腹部CT (造影)  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |
| 報告書       |  | <input type="checkbox"/> |         |
| 連絡事項      |  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |
| 備考        | パリアンス発生時は ( ) 病院 TEL ( - - ) へ直接連絡し受診予約を依頼してください。 * 診療経過の共有は診療情報提供書を用いる。 |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |         |



# 診療情報提供書（がん治療連携指導に伴う報告）

平成 年 月 日

( ) 病院  
 担当医 科 先生  
 (FAX: - - )

|               |    |       |   |
|---------------|----|-------|---|
| 患者氏名          | 性別 | 生年月日  | 歳 |
| 患者住所 〒        |    |       |   |
| 電話番号          |    |       |   |
| <( ) 病院 pt.ID |    | 手術施行日 | > |

傷病名 大腸癌 EMR/ESD 後 (0. I 期)

紹介目的 (大腸癌 EMR/ESD 後 0. I 期 地域連携パスの適用) 術後 年 ヶ月の報告

受診日・検査日 年 月 日 (検査日: 年 月 日)

症状経過・検査結果および治療経過

|         |                       |  |
|---------|-----------------------|--|
| 視触診・問診  | 体 重                   | Kg   |
|         | 鎖骨上窩リンパ節腫大            | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | 鼠径部リンパ節腫大             | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | 腹部症状                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | 消化器症状                 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | 腹部膨満                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | 排便状態: 便秘・下痢           | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | 排便状態: 血 便             | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
| 血液・画像検査 | 貧血 (Hb)               | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | 炎症所見 (WBC など)         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | 肝機能異常 (GOT・GPT など)    | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | 腎機能異常 (Cr など)         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | 腫瘍マーカー異常 (CEA・CA19-9) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | * 画像検査 (大腸内視鏡検査)      | 年後 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 指導      | 食事指導                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |
|         | 生活指導                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    |

有害事象の発生なく、診療計画に沿い定期的な受診、検査が行えたのでご報告いたします。

\* 内視鏡所見用紙のコピーを忘れずに添付下さい。

|       |  |
|-------|--|
| 現在の処方 |  |
|-------|--|

|      |  |
|------|--|
| 添付資料 | <input type="checkbox"/> 検査データ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
|------|--|

備 考  
 バリエーション・有害事象の発生時は、速やかに担当医、地域連携室へ直接連絡して受診予約を依頼して下さい。  
 尚、その際も診療情報提供書を用いてご連絡ください。  
 ( ) 病院 - - 同 地域連携室 - -